

ART: _____

CONSTANCIA DE ALTA MÉDICA / FIN DE TRATAMIENTO

EXPERTA

N° DE SINIESTRO: 949235

DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y Nombre: ARANEDA ANA ROMINA CUIL / DNI N° 32.292.944

Fecha de Nacimiento: 26/04/1986 Sexo: M ☐ F ☒

Calle: MARA Nro: 2927 Piso: _____ Depto: _____ Localidad: NEUQUEN

Provincia: NEUQUEN CP: 8300 Tel. Fijo: DDN(_____-_____) Tel.Móvil: 0 0299-15-5124629 -

DATOS DEL EMPLEADOR

Nombre de la Empresa: OIL ADDPER SERVICE SRL CUIT: _____

DATOS DEL PRESTADOR

Nombre del Establecimiento Asistencial: PREVENIR SA CUIT: 30697891192

Calle: GOB. DENIS Nro: 454 Piso: _____ Depto: _____ Localidad: NEUQUEN

Provincia: NEUQUEN CP: 8300 Tel.: DDN(299)- 4425223 Fax: _____

Mail: _____

DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA

Accidente de trabajo ☐ Accidente In Itinere ☒ Enfermedad Profesional ☐ Intercurrencia ☐

Fecha del Accidente / Primera manifestación invalidante: Fecha: 06/05/2016 Hora: _____

Fecha de inicio de la inasistencia laboral: Fecha: 06/05/2016 Hora: _____

Fecha de primera atención médica: Fecha: 06/05/2016 Hora: _____

Descripción del motivo de consulta: IN ITINERE A SU TRABAJO EN AUTOMOVIL Y TUVO CHOQUE CON OTRO VEHICULO, RECIBIENDO IMPACTO DE AIRBAC EN TORAX

Diagnóstico: PRECOIDIALGIA E INTERCOSTALGIA POST TRAUMATICA

Indicaciones / Tratamiento: MEDIO, RX CONTROLES

CONSTANCIA DE ALTA MÉDICA ☒

Tratamiento médico asistencial pendiente: SI ☐ NO ☐

Odontología ☐ Dermatología ☐ Psicoterapia ☐

Fecha de próxima revisión: Fecha: ____/____/____ Hora: _____

Recalificación profesional: SI ☐ NO ☐

Fecha de retorno al trabajo: Fecha: 18/05/16 Hora: _____

Fin de tratamiento: Fecha: 17/05/16 Hora: _____

Motivo de cese de ILT:

Alta Médica: ☒

Rechazo: ☐

Muerte: ☐

Fin de tratamiento: ☒

Por derivación: ☐ Tipo de derivación: _____

Afección inculpable SI ☐ NO ☐

Secuelas incapacitantes: SI ☐ NO ☒

Prestaciones de mantenimiento: SI ☐ NO ☒

ALTA MÉDICA: Sr. Trabajador en caso de discrepancia con el alta médica otorgada, usted puede presentarse dentro de los 5 (cinco) días hábiles ante la Comisión Médica más cercana a su domicilio o correspondiente a su jurisdicción, concurriendo personalmente a fin de someterse a evaluación médica. Los datos de contacto de las Comisiones Médicas y de las ART están al dorso de este formulario.

CONSTANCIA DE FIN DE TRATAMIENTO ☒

Fin de tratamiento: Fecha: 17/05/16 Hora: _____

Secuelas incapacitantes: SI ☐ NO ☒

Recalificación profesional: SI ☐ NO ☒

Prestaciones de mantenimiento: SI ☐ NO ☒

FIN DE TRATAMIENTO: Sr. Trabajador en caso de discrepancia con esta decisión, usted puede concurrir a la Comisión Médica más cercana a su domicilio o correspondiente a su jurisdicción. Los datos de contacto de las Comisiones Médicas y de las ART están al dorso de este formulario.

LUGAR Y FECHA: NEUQUEN 17/05/2016

FIRMA DEL MÉDICO

FIRMA TRABAJADOR

22-07-16